FONTVIEILLE

Dossier Inscription Multi-accueil Municipal Lou BelenChemin du Stade 13990 FONTVIELLE

creche@fontvieille.fr

☎ 04 90 54 62 12

Directrice : NOGUIER Floriane (Infirmière)

Date du retour de dossier :

Date d'entrée souhaitée par la famille à la crèche :

Moyen de paiement choisi :

PRE INSCRIPTION

L'enfant :

Nom	
Prénom	
Acc. Prévu	
Date naissance	
Lieu de naissance	
Adresse	

CYCLE DEMANDE	HORAIRES ARRIVEE	HORAIRE DEPART
Lundi		
Mardi		
Mercredi		
Jeudi		
Vendredi		
Occasionnel		

L'enfant réside ☐ Chez ses deux parents ☐ Chez son père ☐ Chez sa mère ☐ en garde alternée

Responsable 1 :

Nom	
Prénom	
Adresse	
Tel portable	
E Mail	
Profession Employeur	
Tel travail	
Sit. Matrimoniale	

Responsable 2

Nom	
Prénom	
Adresse	
Tel portable	
E Mail	
Profession Employeur	
Tel travail	
Sit. Matrimoniale	

Numéro allocataire CAF ou MSA :

Nombre d'enfants à charge :

Fait à Fonvieille, le ……

Signature des deux responsables

INSCRIPTION DE L ENFANT :…… **Enregistrée le** : ……

Adaptation prévue le : ……

Responsable légal 1 :…… **Responsable légal 2** :…….

Réservations contractualisées : (à remplir par la directrice)

□ **Accueil Régulier** ▢ **Accueil occasionnel** *(selon disponibilité du service)*

	Lundi	**Mardi**	**Mercredi**	**Jeudi**	**Vendredi**
Arrivée					
Départ					

Personnes à contacter en cas d'urgence (en dehors des 2 responsables légaux)

NOM	
PRENOM	
ADRESSE	
TEL	
Lien de parenté	

NOM	
PRENOM	
ADRESSE	
TEL	
Lien de parenté	

Autorisations diverses :

Je soussigné (e) ……..

Responsable de l'enfant……

- Autorise la responsable de la crèche à confier mon enfant aux personnes suivantes, munies de leur pièce d'identité, et après avoir préalablement prévenu le personnel de la crèche :

  Nom, prénom…… Téléphone……..
  Nom, prénom…… Téléphone……..
  Nom, prénom…… Téléphone……..

- Autorise ou n'autorise pas (*rayer la mention inutile)* l'équipe de la crèche à photographier mon enfant dans le cadre des activités proposées individuellement et/ou en groupe. J'autorise la diffusion de ces images :
  - Au sein de l'Association des parents : oui non
  - Dans le journal local : oui non
  - Sur le site Facebook de la ville : oui non

- Autorise ou n'autorise pas *(rayer la mention inutile)* ce dernier à participer aux sorties organisées par l'équipe hors de l'enceinte de la crèche.

- Déclare avoir pris connaissance du règlement de fonctionnement de la crèche et de l'accepter dans son intégralité.

- Autorise ou n'autorise pas le gestionnaire du multi-accueil à consulter le site du CDAP.

- Souhaite ou ne souhaite pas (*rayer la mention inutile) participer* à l'enquête Filoue organisée par la CNAF afin de mieux connaitre les caractéristiques des enfants et familles fréquentant la structure.

Fait à Fonvieille, le …… Signature des deux responsables

Suivi sanitaire de l'enfant : …… Né le……..

Nom du Responsable 1 : ……. Portable :

Nom du Responsable 2 : ……. Portable :

N° S.S	
Vaccinations : Photocopie du carnet de santé jointes :	
Allergie :	
Asthme :	
Eczéma :	
Convulsion :	
Antécédents médicaux :	
Autres	
Coordonnées Médecin Traitant	
Coordonnées Pédiatre	
Mise en place d'un PAI	

Soin d'urgence et délivrance de doliprane + homéopathie :

Je soussigné (e) …….

Responsable de l'enfant ……

Déclare exact les renseignements portés sur cette fiche et autorise le responsable de la structure, ou tout personnel compétent en son absence, à prendre, le cas échéant, toutes mesures rendues nécessaires par l'état de l'enfant.
J'autorise le personnel de la crèche à :

- Administrer du doliprane à mon enfant, selon le protocole en vigueur, si sa température dépasse 38.5°C (suppo ou sirop).

- Appliquer la crème à base de calendula ou celle aportée dans le trousseau de début d'année en cas d'érythème fessier de mon enfant.

- Donner du Camilia dosette en cas de douleur dentaire,

- Délivrer de l'Arnica en granules ou gel en cas de coup,

- Appliquer baby Apaysil ou Apaysil + granules Apis Mélifica en cas de piqure d'insectes.

Signature des responsables :